DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA INCONTINENCIA URINARIA.

Dra. Ligia Yadira Saltos Gutiérrez

HGOIA

DIAGNÓSTICO

ANAMNESIS:

- **Tiempo** de evolución .
- **Modo** en el que se producen las pérdidas.
-
- Intensidad y frecuencia de los **síntomas.**
- Cuantificación **ingesta de líquidos.**
- Presencia de **síntomas urinarios**, nicturia, síndrome miccional, hematuria.
- **Historia** obstétrica y ginecológica, tratamientos previos y fármacos.

Exploración física:

- Examen pélvico exhaustivo

DIAGNÓSTICO
Anamnesis
Agrupación de síntomas

Medical History Questionnaire

Las tres preguntas sobre incontinencia

1. **Durante los últimos tres meses ha tenido fuga de orina incluso en pequeña cantidad.**

a. Si continúe las preguntas.

b. Cuestionario terminado

2. **Durante los últimos tres meses tuvo fugas de orina**

a. Al realizar algún actividad física como toser , estornudar levantar objetos o practicar ejercicio
b. Al tener urgencia o sentir que necesitaba vaciar la vejiga pro no podía llegar al baño con la rapidez suficiente
c. Sin actividad física y sin sensación de urgencia

3.Durante los últimos tres meses tuvo fuga de orina mas a menudo, marque solo uno.

a. Al realizar alguna actividad física como toser, estornudar, levantar objetos o practicar ejercicio.

b. Al tener urgencia o sentir que necesitaba vaciar la vejiga, pero no podía llegar al baño con la rapidez suficiente.

c. Sin actividad física y sin sensación de urgencia.

d. Casi con la misma frecuencia durante una actividad física o con sensación de urgencia.

respuesta a la pregunta 3 con **a** **o** **b** indica incontinencia con **predominio de esfuerzo o predominio de urgencia** , respectivamente, mientras que d indica incontinencia mixta y c sugiere sugiere otra causa de la incontinencia.

VALORACIÓN CLÍNICA DE LA INCONTINENCIA URINARIA

TIENE POR OBJETO DETERMINAR:

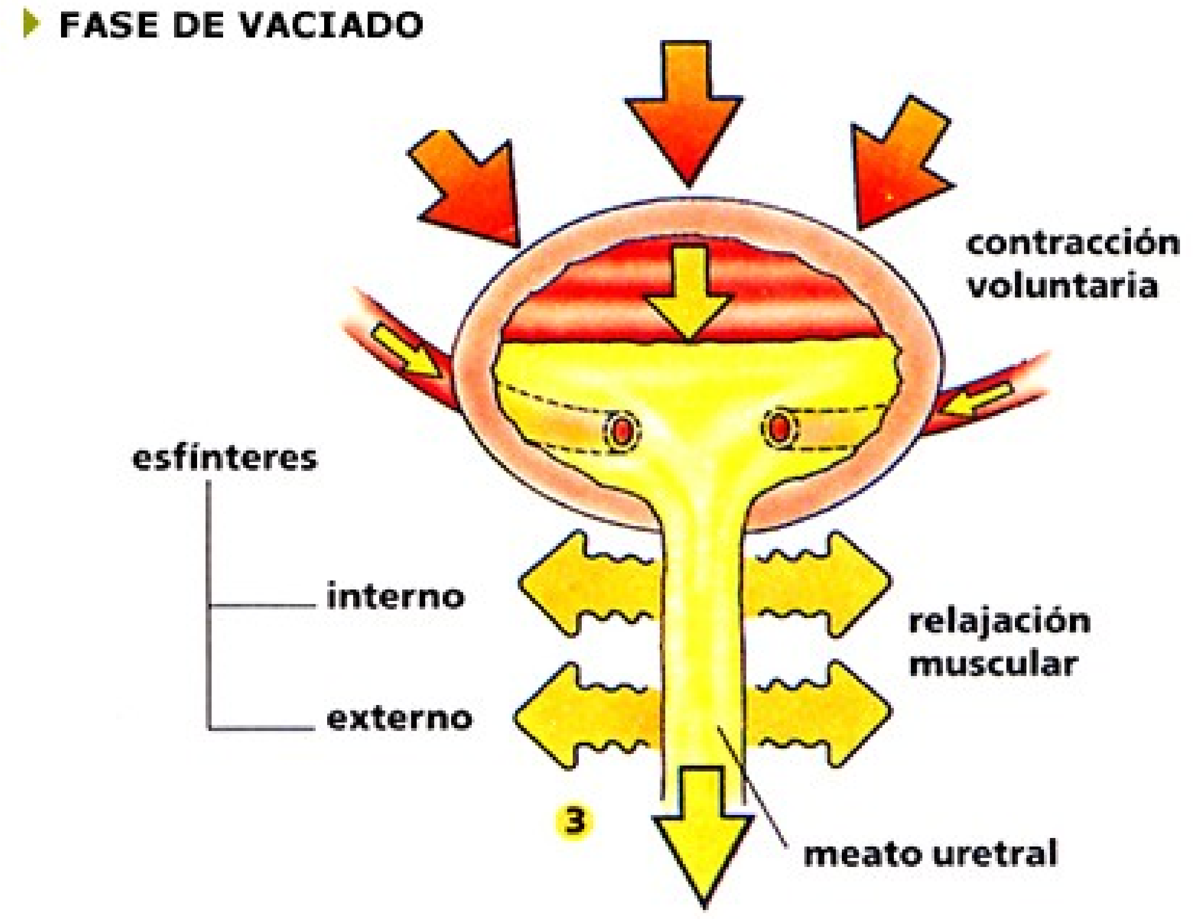
- La **causa** de la incontinencia
- El **tiemp**o de duración
- En que **grado interfiere** con las actividades de la paciente y su estilo de vida.
- La **existencia de condiciones médicas** o quirúrgicas predisponentes.
- La realización de **tratamientos médicos o quirúrgicos previos** y sus resultados.
- El **grado de relajación del piso pélvico** y otras condiciones asociadas.

Para la historia clínica se tienen en cuenta aspectos tales como la **severidad de la incontinencia** (número de protectores que cambia al día).

Los eventos asociados a la pérdida de orina como **el esfuerzo** (la tos, ejercicio, risa, actividades normales como hablar, caminar).

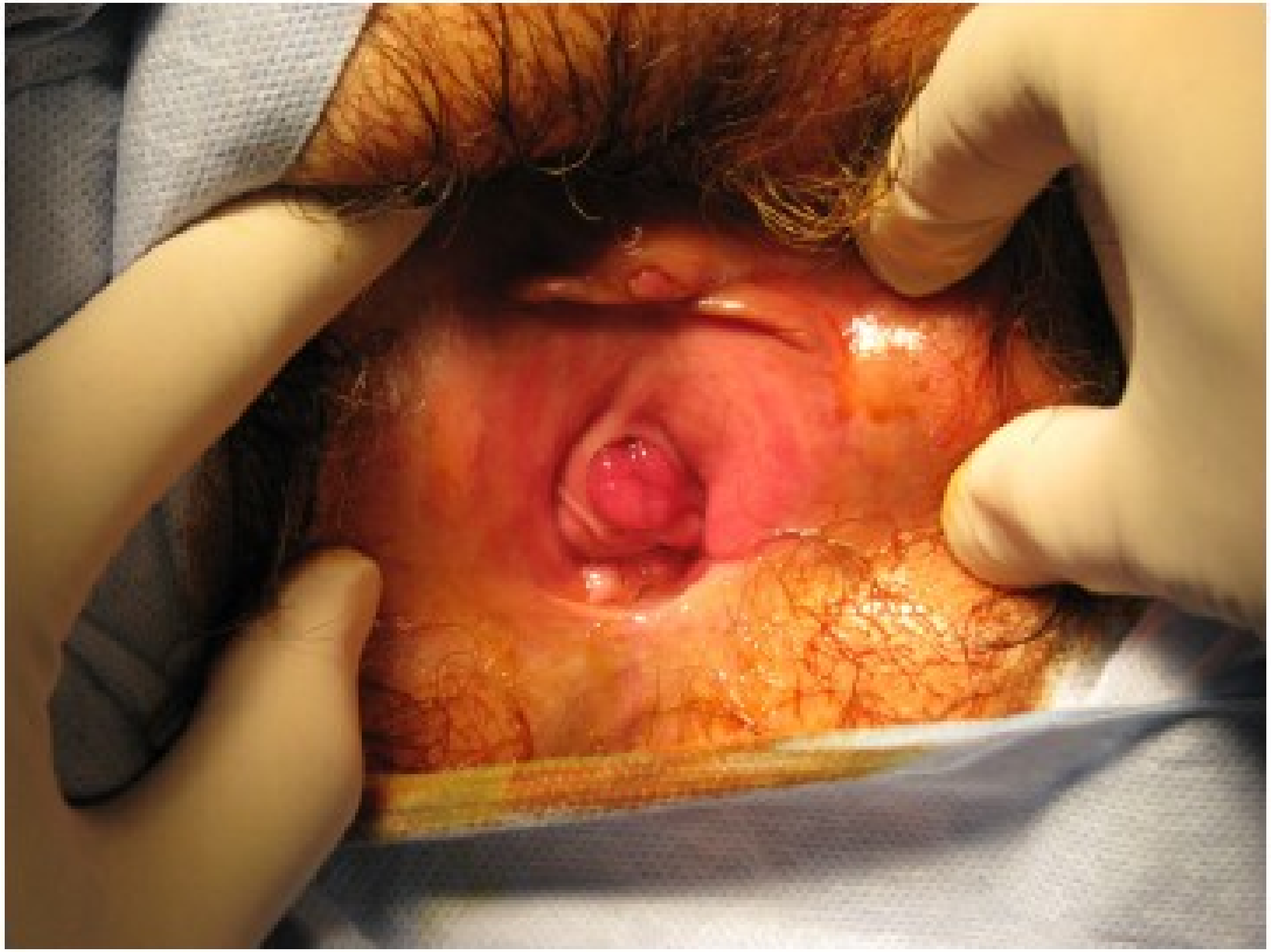
La urgencia (urgencia miccional), síntomas irritativos como micción frecuente, micción urgente.

Trastornos del vaciamiento como la disfunción que incluye la plenitud subsecuente a la micción, la micción postural y la retención urinaria.


FASE DE VACIADO
contracción voluntaria
esfínteres
interno
externo
relajación muscular
3
meato uretral

Otras alteraciones como el aumento de la sensación con dolor, la percepción constante de la vejiga, y la disminución de la sensación con retención de orina durante mucho tiempo.

Debe evaluarse también el nivel de estrógenos en los tejidos principalmente en pacientes posmenopáusicas.



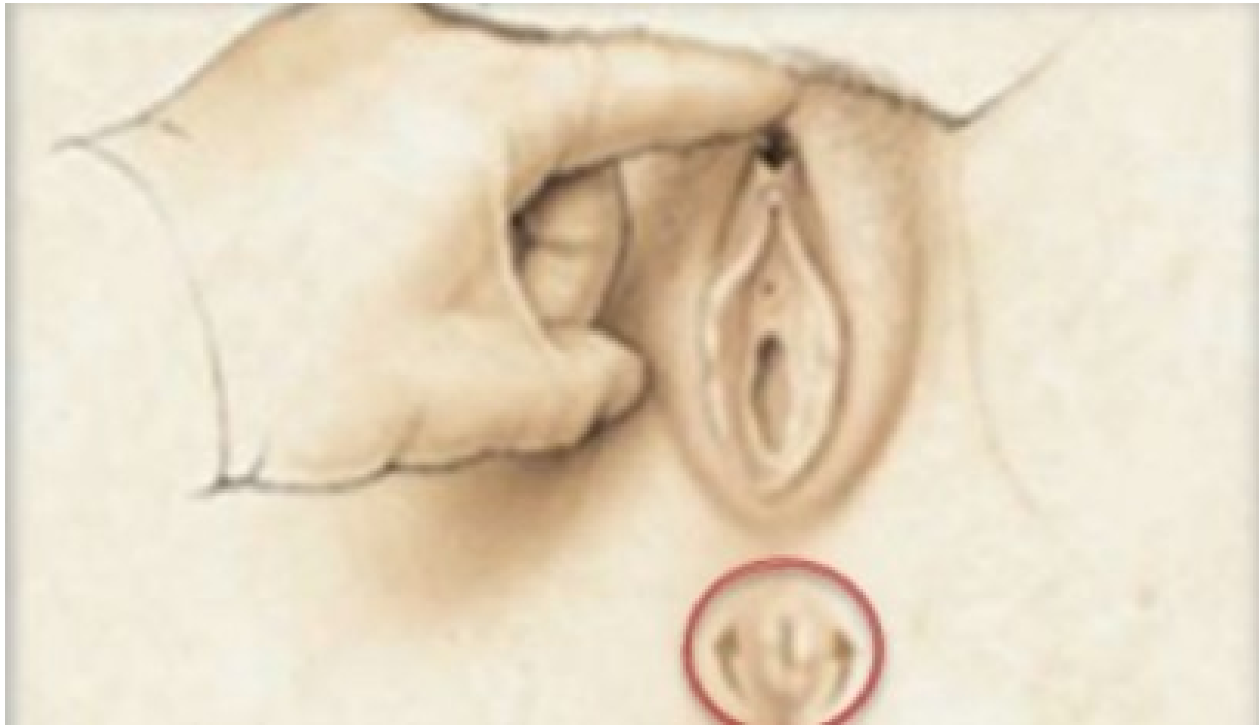
VALORACIÓN FÍSICA DE LA INCONTINENCIA URINARIA SENSIBILIDAD Y MOTRICIDAD

DEBEN EVALUARSE TODOS LOS DERMATOMAS

De las extremidades inferiores los cuales me indicarán qué raíces sacras o lumbares están comprometidas en la sensibilidad del área.

Los trastornos de la marcha, asimetría facial, temblores, mala coordinación o dificultad del lenguaje, permiten sospechar la existencia de patología neurológica.

Se evalúan tono y fuerza muscular, los reflejos patelar, aquiliano,



EXAMEN VAGINAL

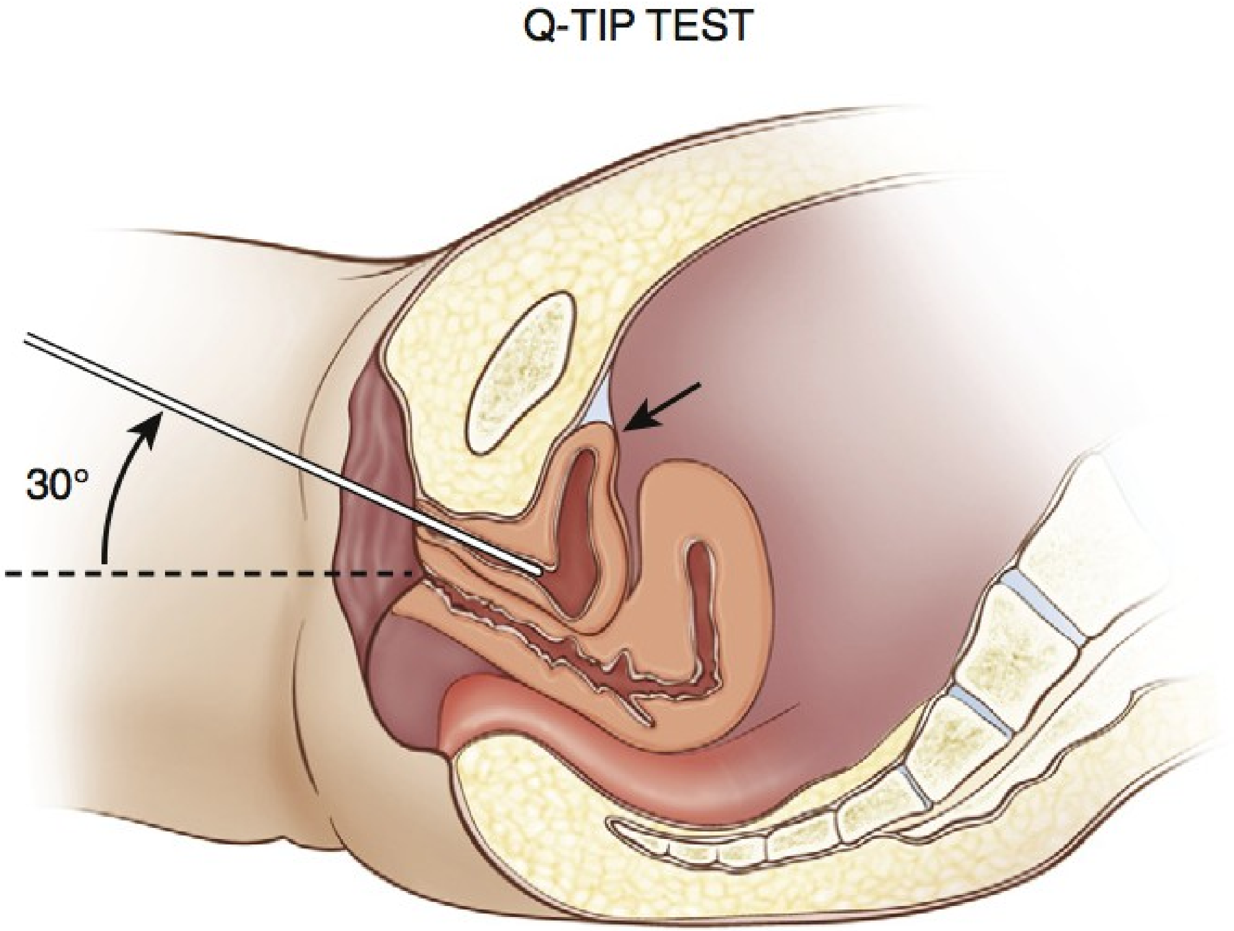
EN POSICIÓN DE LITOTOMÍA
Y CON LA VEJIGA SEMI-LLENA

Se inspecciona el introito, se valora el nivel de estrógenos, se evalúa el grado de descenso del piso pélvico y se le dice a la paciente que puje con el objeto de reproducir la incontinencia.

Se explora la uretra para ver la existencia de carúncula uretral (eversión de la mucosa), estrechez del meato, se palpa para descartar la presencia de divertículos, quistes y abscesos.

SCIENCEphotoLIBRAR

PRUEBA DEL HISOPO O Q-TIP
DEBE VALORARSE LA MOVILIDAD DE LA URETRA

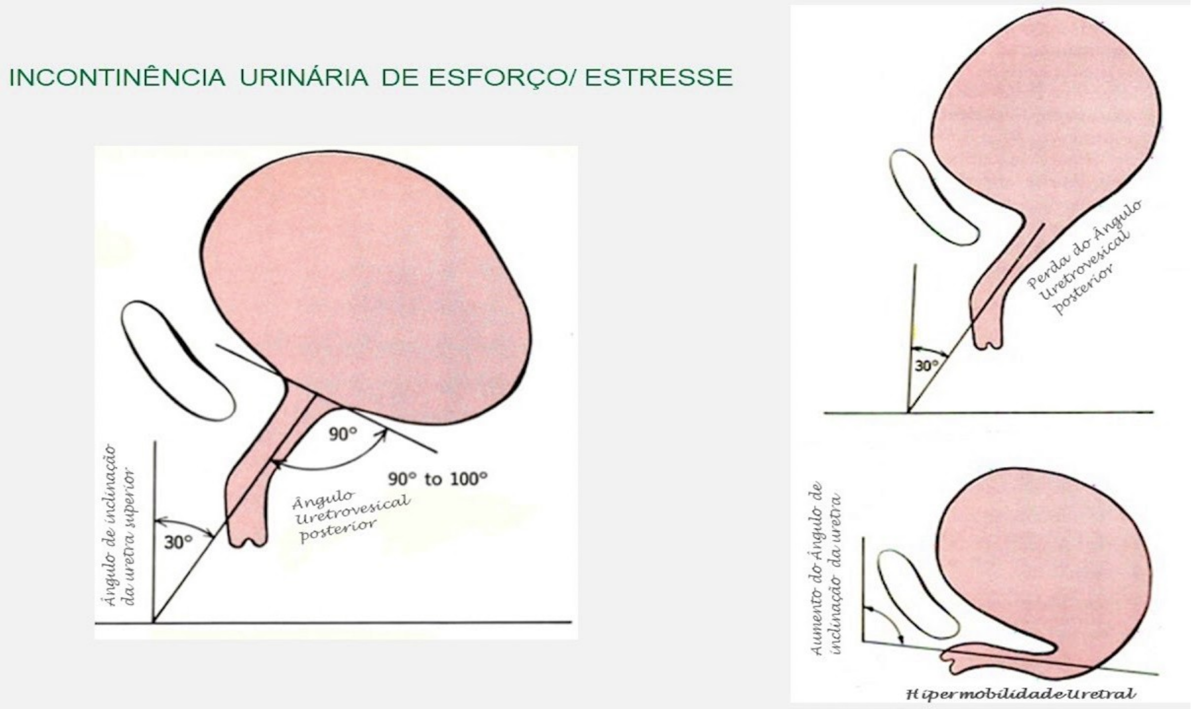


Aunque la hipermovilidad de la uretra no es diagnóstica de incontinencia urinaria de esfuerzo, es raro que exista esta incontinencia sin ella.

La pérdida de orina durante los esfuerzos sin hipermovilidad sugiere deficiencia intrínseca del esfínter

La exploración física de la IUE consiste en **buscar la salida de orina durante la maniobra de valsalva o al toser**

Se considera positivo cuando la paciente en posición ginecológica y con vejiga llena evidencia la salida de orina

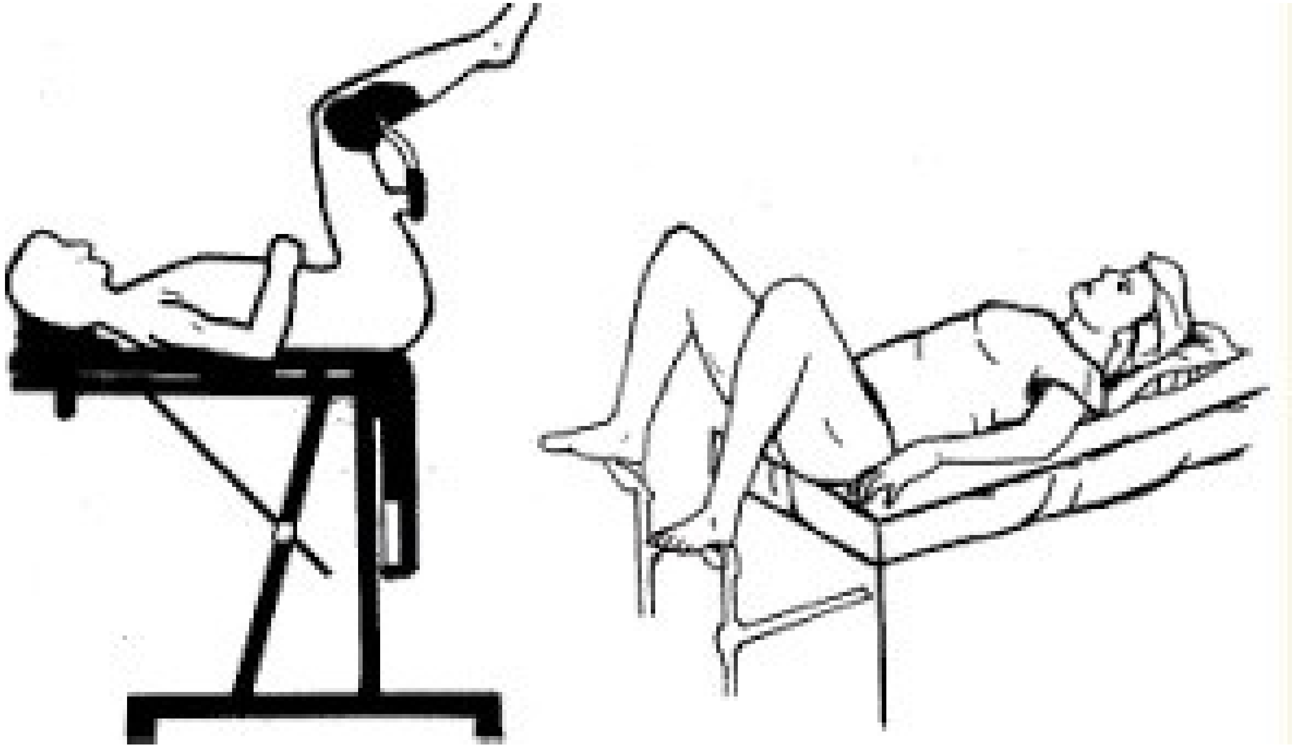

INCONTINÊNCIA URINÁRIA DE ESFORÇO/ ESTRESSE
90°
90° to 100°
Ângulo Uretrovesical posterior
30°
Ângulo de inclinação da uretra superior
Perda do Ângulo Uretrovesical posterior
30°
Aumento do Ângulo de inclinação da uretra
Hipermobilidade Uretral

Se complementa con la prueba de Q tip

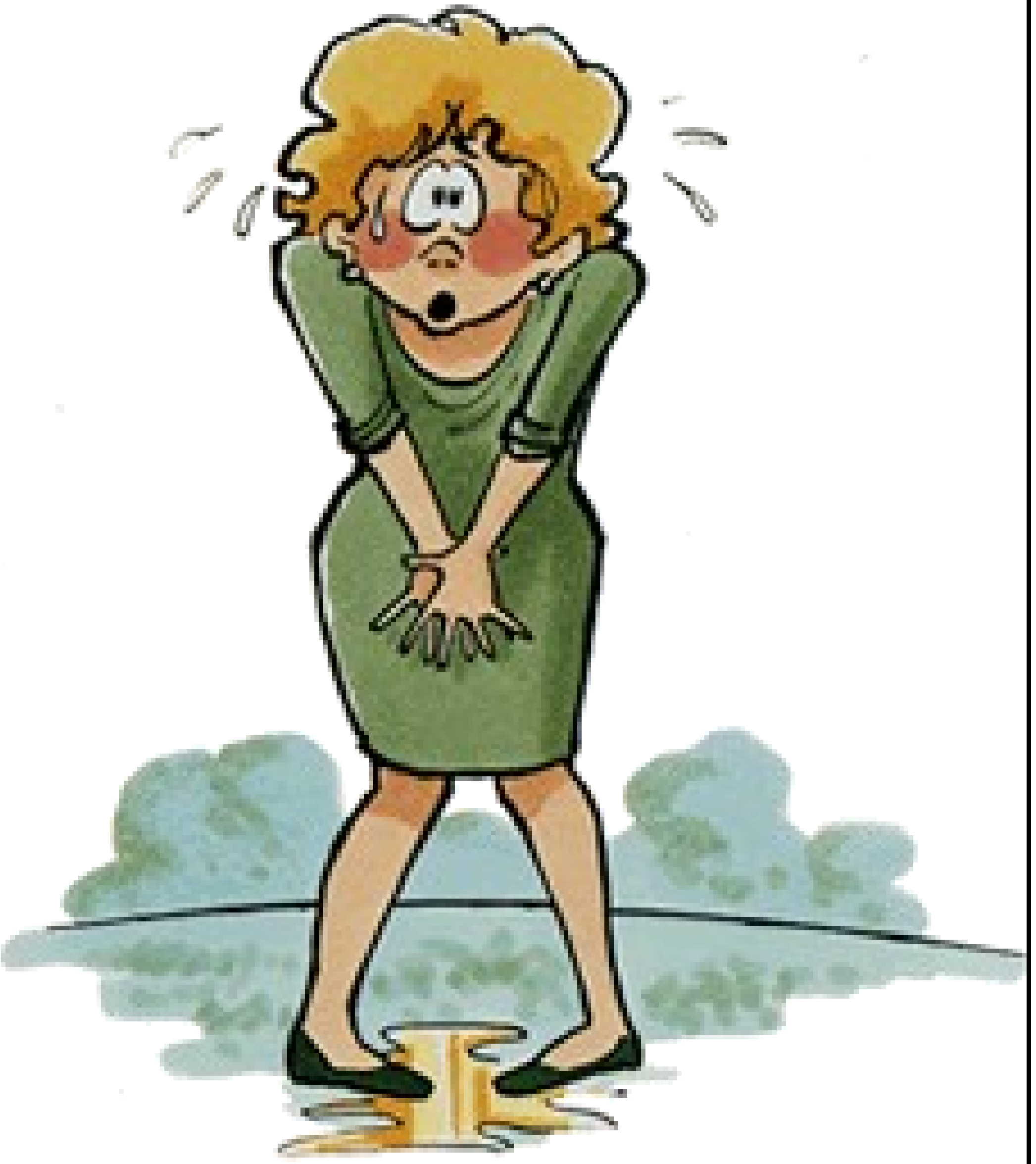
La prueba de Q tip consiste en introducir un hisopo estéril a través de la **uretra a nivel del ángulo uretrovesical, se le dice a la paciente que puje y registra su desplazamiento en grados** siendo lo normal mayor o igual a 30 grados

PRUEBA DE ESFUERZO CON LA PACIENTE EN POSICIÓN DE LITOTOMÍA O DE PIÉ

Con la vejiga llena se le pide que realice un esfuerzo y se observa si hay salida o fugas de orina a través del meato uretral.



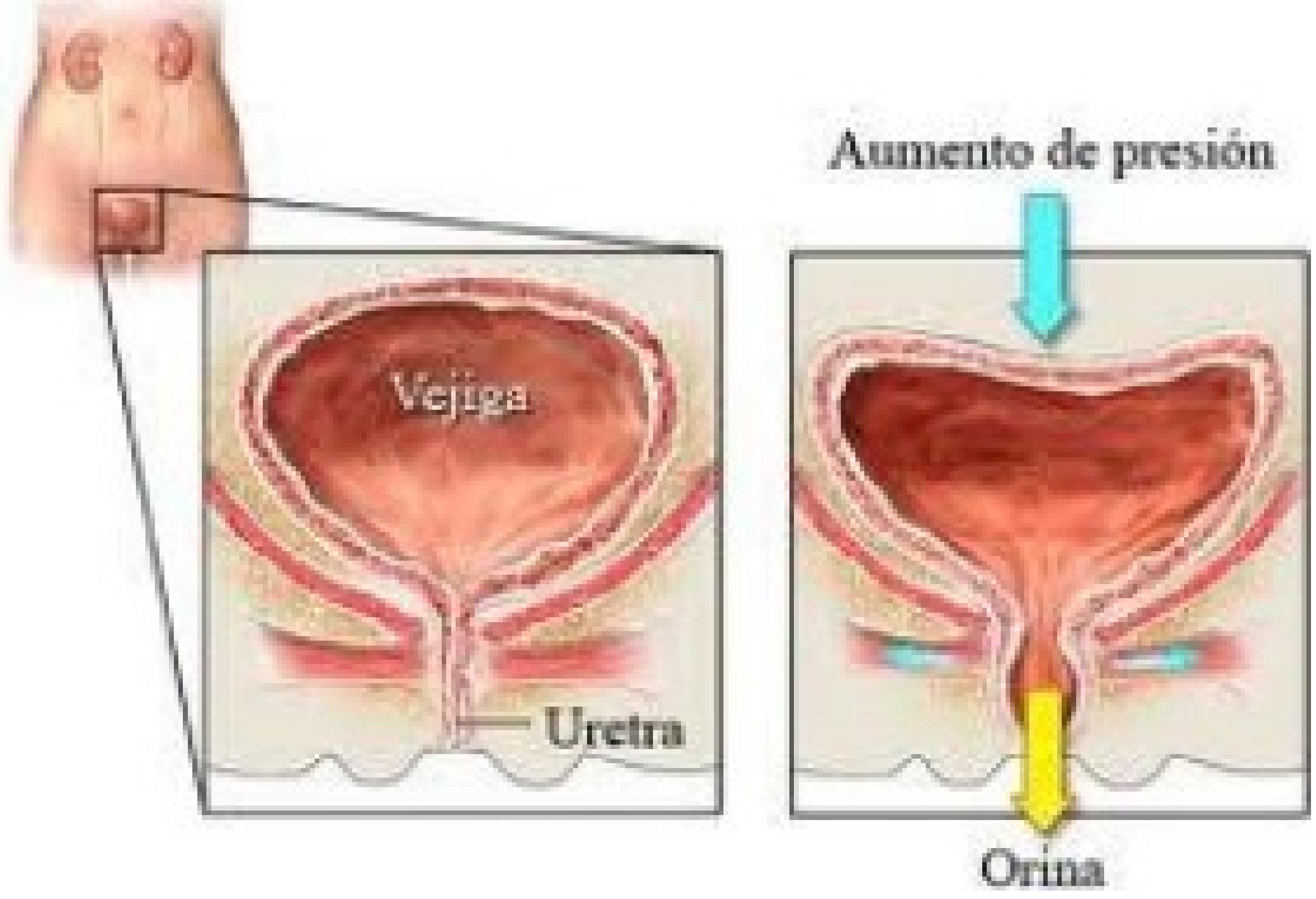
La mujer con incontinencia de esfuerzo debe perder de inmediato orina, pero sólo como un chorro breve pequeño o como unas cuantas gotas **(prueba de esfuerzo positiva).**



La pérdida retrasada o la prolongada más allá del esfuerzo inmediato **(prueba no concluyente)** debe hacer que el examinador piense en incontinencia que no

Si no pierde orina **(prueba negativa)** se puede repetir con la vejiga llena y la paciente de pie haciendo un esfuerzo para inducir la pérdida.

Las pacientes que pierden orina simplemente al bajarse de la mesa de exploración tienden más a sufrir presión uretral baja. **Este dato es una indicación para efectuar pruebas urodinámicas.**


Aumento de presión
Vejiga
Uretra
Orina

PRUEBA DE MARSHALL-BONNEY SE INVESTIGA LA PÉRDIDA DE ORINA

Maniobra de ascenso del cuello vesical, digitalmente y sin comprimirlo, para observar la presencia o ausencia de la salida de orina **con el aumento de la presión intraabdominal**

TEST DE BONNEY

- Con dos dedos presionamos en cara lateral superior de la vagina provocando la elevación del cuello vesical, solicitamos nuevamente a la paciente que tosa, si ahora no se produce escape.
- Durante el tacto vaginal pedimos a la paciente que tosa, observaremos un descenso del cuello vesical y pared vaginal anterior (unión uretro-vesical) y si existe IU veremos un escape.

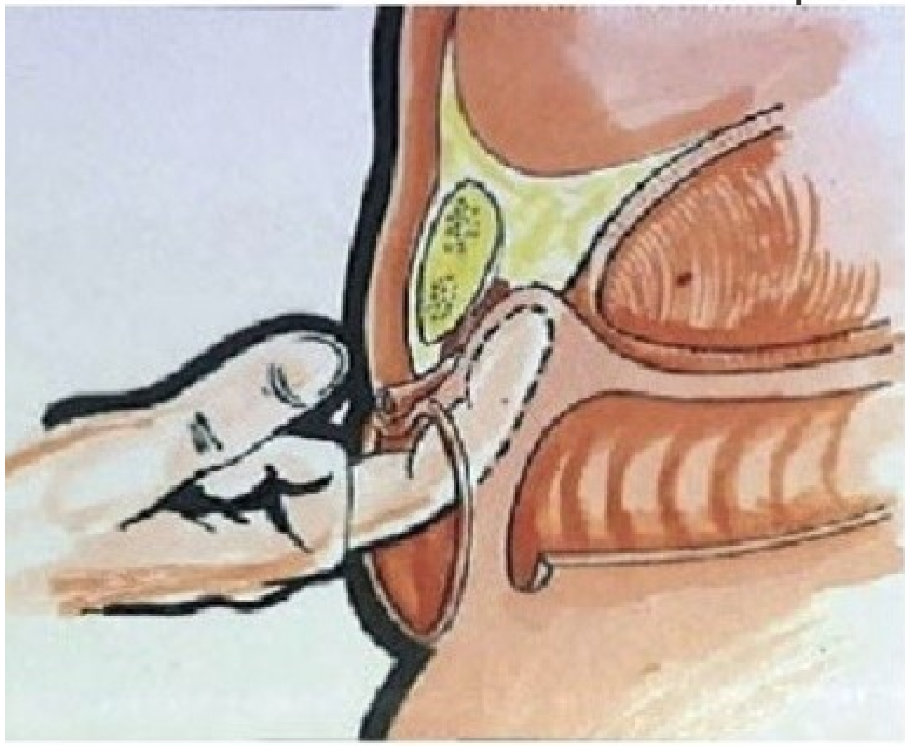


FIGURA 1. Test de V. Bonney unilateral.

- La prueba es positiva reflejando IU por Hipermovilidad uretral y augura un buen resultado quirúrgico tras técnica de banda libre de tensión

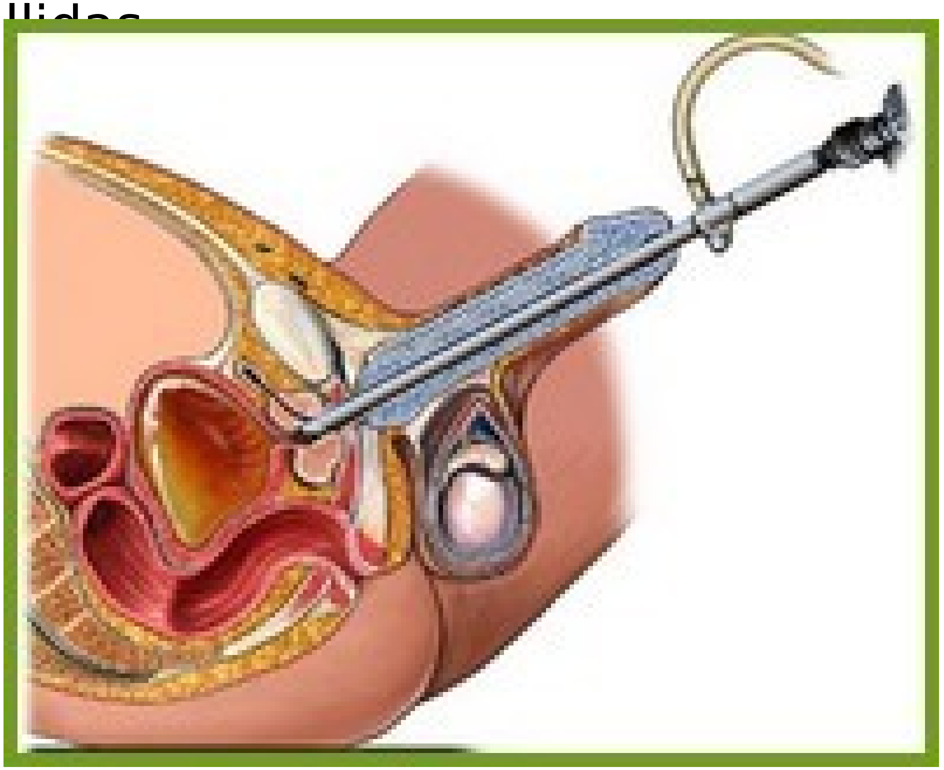
VALORACIÓN MEDIANTE AYUDAS DIAGNÓSTICAS DE LA INCONTINENCIA URINARIA

ESTUDIOS DE RUTINA

DE ORINA, el urocultivo y las pruebas de función renal.
En caso de urocultivo positivo debe suministrarse el tratamiento apropiado; en caso de persistir bacteriuria o infección recurrente, la paciente requerirá de estudios invasivos complementarios. debe suministrarse el tratamiento apropiado; en caso de persistir bacteriuria o infección recurrente, la paciente requerirá de estudios invasivos complementarios.

CISTOURETROSCOPIA NO ES NECESARIA EN LA EVALUACIÓN de todas las pacientes con incontinencia urinaria.

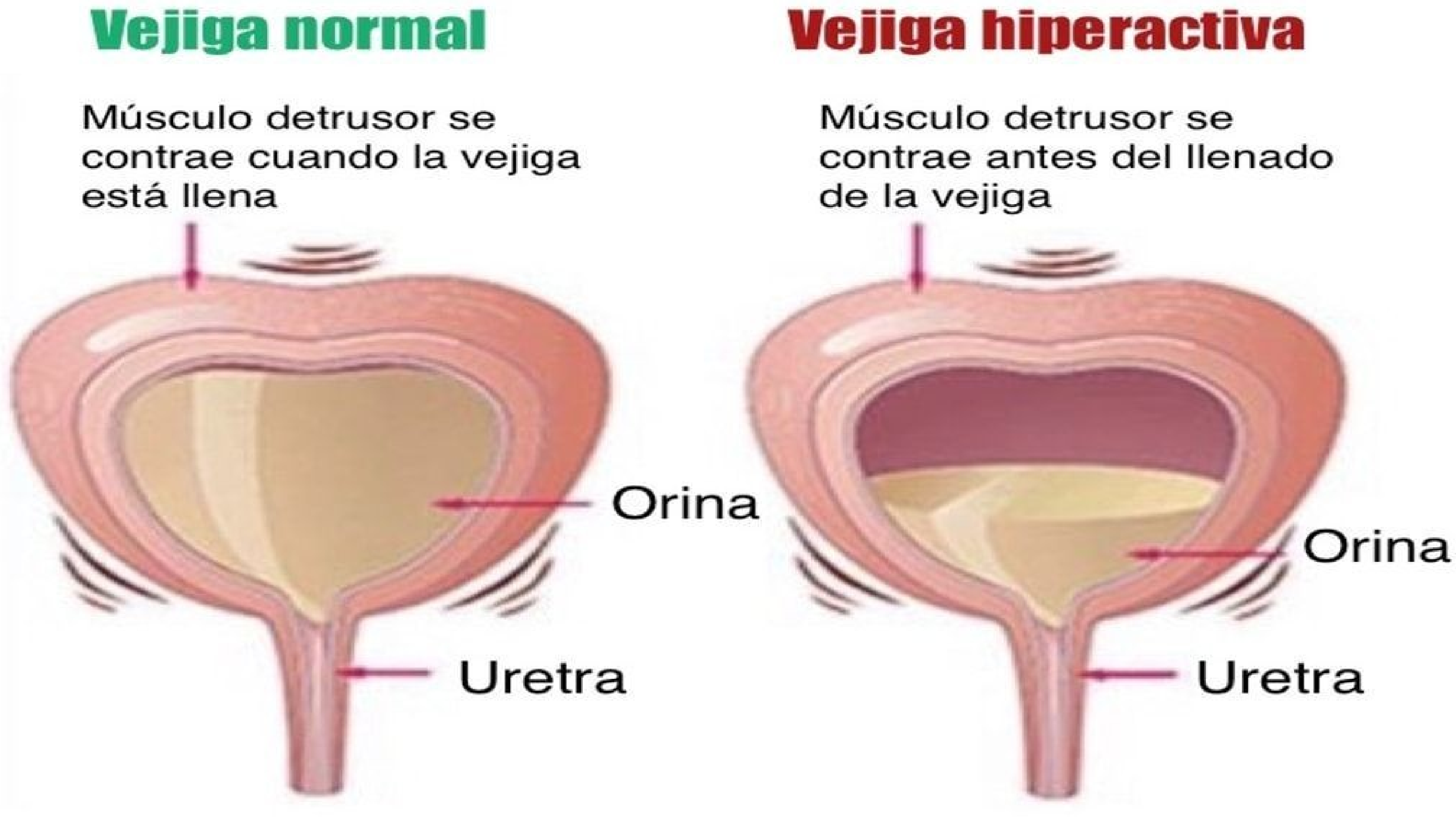
Está indicada en pacientes con hematuria, piuria estéril (sugestiva de CA in situ de vejiga), incontinencia severa de urgencia, infecciones urinarias recurrentes, cirugía vesical o uretral previa, sospecha de litiasis vesical o tumores de la vejiga, divertículos y pólipos uretrales, alteraciones en el cierre del cuello vesical, perforaciones o cuerpos extraños por cirugías fallidas



URODINAMIA ES UNA HERRAMIENTA DIAGNÓSTICA aceptada mundialmente desde hace aproximadamente 30 años.

Ayuda a evitar cirugías innecesarias y, a que cuando se decide que el caso es quirúrgico se tengan las mejores posibilidades de éxito gracias a una buena selección.

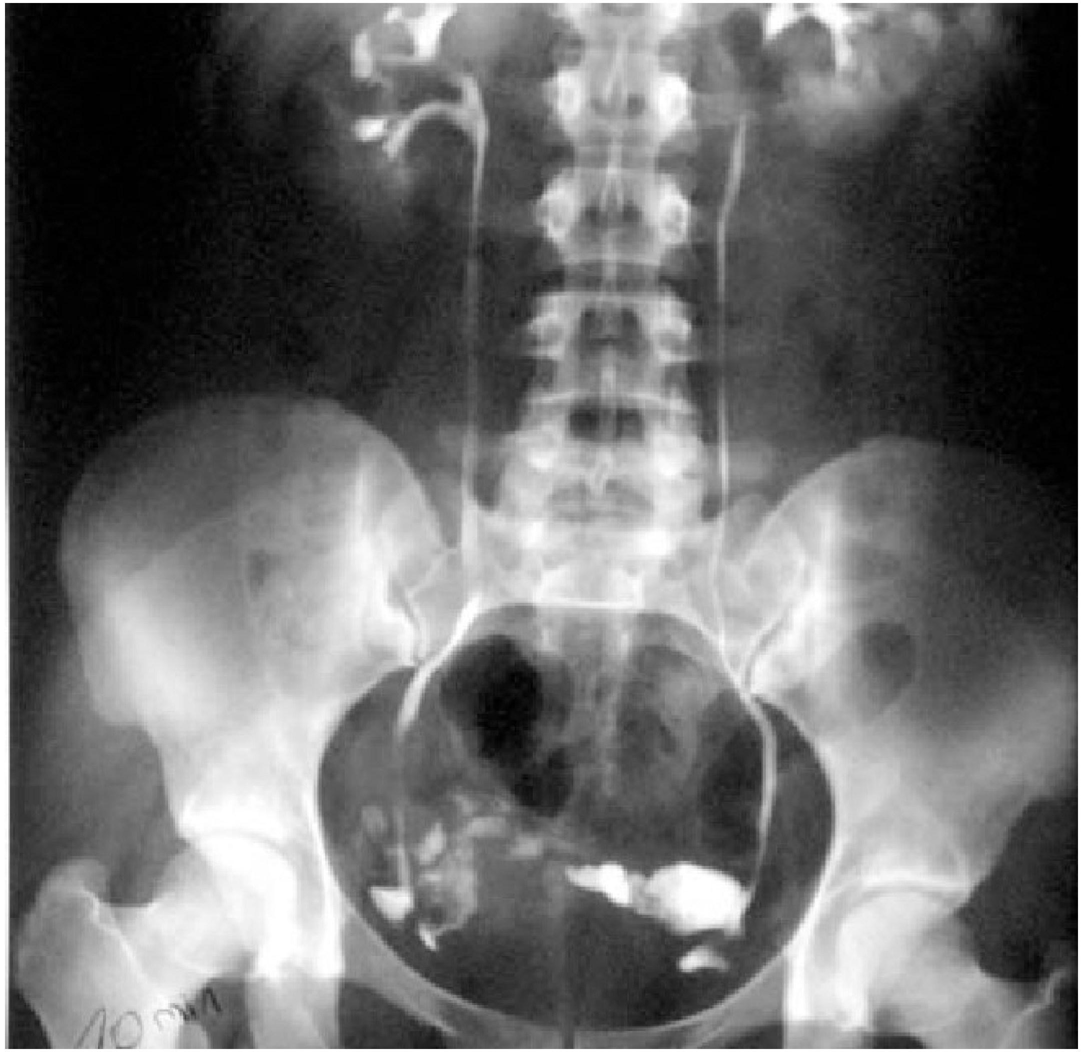
Diagnostica la hiperactividad del detrusor que puede ser causa de fracaso quirúrgico y diagnostica la incompetencia esfinteriana uretral o IUE tipo III, en las cuales se debe escoger el tratamiento adecuado.


Vejiga normal
Vejiga hiperactiva
Músculo detrusor se contrae cuando la vejiga está llena
Músculo detrusor se contrae antes del llenado de la vejiga
Orina
Orina
Uretra
Uretra

Toda paciente que es evaluada por incontinencia urinaria debe tener al menos una prueba urodinámica.

Se recomienda llevarlo a cabo en las pacientes con incontinencia urinaria de urgencia acompañada de hipermovilidad uretral, cuando ha recurrido la incontinencia después de cirugía correctiva y cuando existe sospecha de patología neurológica asociada.

IMAGENOLOGÍA LA UROGRAFÍA EXCRETORA, pielografía retrógrada, cistouretrografía y ecografía de vías urinarias se recomiendan cuando coexiste la incontinencia con hematuria, infecciones urinarias recurrentes o sospecha de lesiones iatrogénicas de la vía

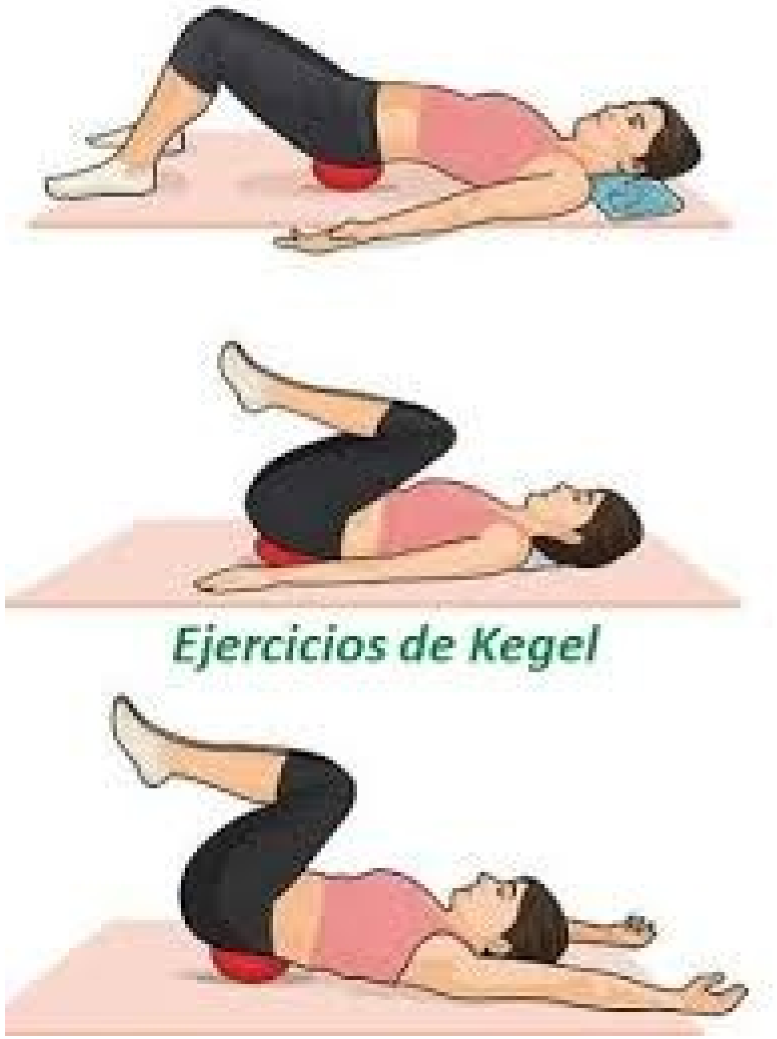


TRATAMIENTO

MEDIDAS GENERALES. A toda persona incontinente se le debe recomendar una ingesta moderada de líquidos (1-1,5 l/día), evitar cafeína y alcohol, tratamiento de la obesidad, el estreñimiento y la tos crónica, eliminar barreras físicas, adaptar el inodoro y llevar prendas holgadas.

Fortalecimiento de la musculatura pélvica a través de:

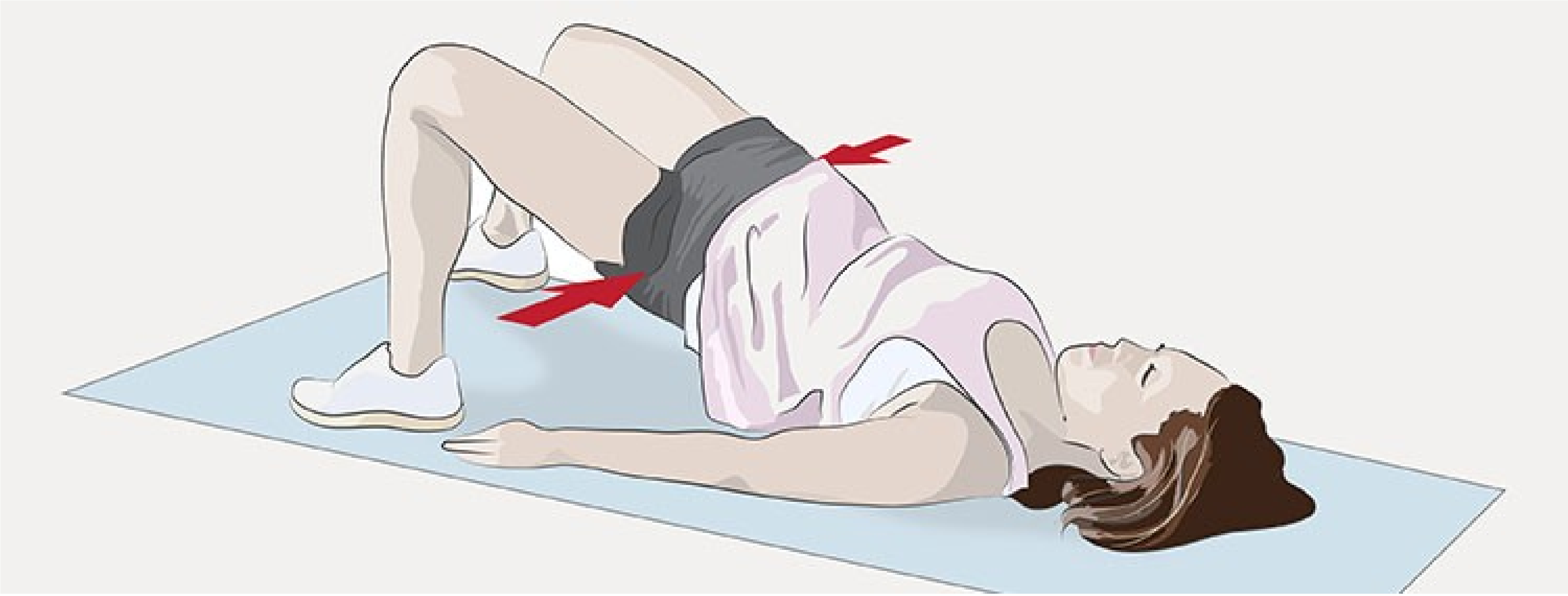
Ejercicios de potenciación del suelo pélvico de Kegel: constituyen el tratamiento de primera línea en el abordaje de la incontinencia de esfuerzo leve-moderada, pero también pueden ser útiles en el tratamiento de la vejiga hiperactiva y en el tratamiento de la IU después de una prostatectomía radical o una resección prostática transuretral (RPTU).



Consiste en contraer vigorosamente los músculos pubococcígeos sin utilizar los músculos del abdomen o glúteos. Es importante enseñar al paciente cómo hacerlo durante una inspección digital.

Se considera que lo más eficaz es realizar de 40 a 80 contracciones por día con 5 s de descanso después de cada contracción para permitir la reoxigenación del músculo.

También se debe enseñar al paciente cómo tensar su suelo pélvico antes de toser o levantar pesos. La duración mínima requerida para conseguir beneficios es de 15-20 semanas.



Se han comunicado beneficios objetivos de hasta un 75% cuando se realizan programas de fisioterapia supervisados en el hospital, frente a un 29% obtenido con los programas de ejercicios domiciliarios.

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

El empleo de fármacos en el tratamiento de la IU se basa en la existencia de neurorreceptores colinérgicos, betaadrenérgicos y alfaadrenérgicos, que producen contracción o relajación vesicouretral en función del fármaco administrado.

ANTICOLINÉRGICOS. Son el principal tratamiento médico de la inestabilidad vesical. Todos resultan útiles para inhibir las contracciones involuntarias, disminuyendo la amplitud de las mismas e incrementando la capacidad vesical.

Cuando se administran a dosis terapéuticas, todos provocan efectos secundarios, que consisten en disminución de la secreción salival, bloqueo del esfínter pupilar y del músculo ciliar del cristalino (visión borrosa y dificultad para la acomodación), taquicardia, somnolencia e inhibición de la motilidad intestinal.

Están contraindicados en pacientes con glaucoma de ángulo estrecho y en obstrucción del tracto urinario inferior, ya que pueden desencadenar una retención urinaria.

TOLTERODINA. Es un nuevo antagonista de los receptores muscarínicos con mayor selectividad para los receptores del músculo detrusor .

Tolterodina
Tabletas
2 mg
Caja con 14 tabletas
Pfizer Vitales
Tolterodina
Tabletas
2 mg
Caja con 14 tabletas

Se absorbe rápidamente por vía oral y, al igual que su metabolito activo, el 5-hidroximetílico, tiene una vida media de 2-3 h. Se metaboliza por enzimas microsomales hepáticas), por lo que podría tener un mayor potencial de interacciones que la oxibutinina.

La eliminación se realiza fundamentalmente por orina (77%) y heces (17%). A dosis de 1-2 mg/12 h, es efectiva en el control de los síntomas de vejiga hiperactiva.

FÁRMACOS CON ACCIÓN MIXTA:

OXIBUTININA. Se considera un agente miorrelajante, con propiedades anticolinérgicas y anestésicas en la vejiga, aunque parece que su efecto beneficioso está mediado por su acción anticolinérgica.

ASOFARMA
TAVOR®
OXIBUTININA
Caja con 30 tabletas
5 mg
Vía de administración: Oral
TAVOR

FLAVOXATO

El mecanismo de acción del flavoxato en el tratamiento de la incontinencia no ha sido bien establecido. Parece que relaja el músculo liso inhibiendo la fosfodiesterasa, a lo que se añade un efecto antagonista del calcio.

BLADURIL®
FLAVOXATO CLORHIDRATO
200 mg
20 comprimidos recubiertos
Vía de administración: ORAL
TECNOFARMA

No tiene efecto anticolinérgico y los efectos secundarios son menos frecuentes.

ANTIDEPRESIVOS:

Imipramina
Clorhidrato 25 mg LCh®
40 COMPRIMIDOS Recubiertos
LABORATORIOCHILE®

IMIPRAMINA. Es un antidepresivo que tiene varios efectos farmacológicos, entre ellos acciones anticolinérgicas, pero su modo de acción en la hiperactividad del detrusor no está bien establecido.

Desde el punto de vista clínico disminuye la contractilidad vesical e incrementa la resistencia al vaciado. La dosis terapéutica recomendada es de 25 mg al acostarse, elevándose la misma cada tres días hasta lograr la continencia o alcanzar los 150 mg/día, aunque no se recomienda superar la dosis de 50 mg/día en pacientes mayores.

ESTRÓGENOS

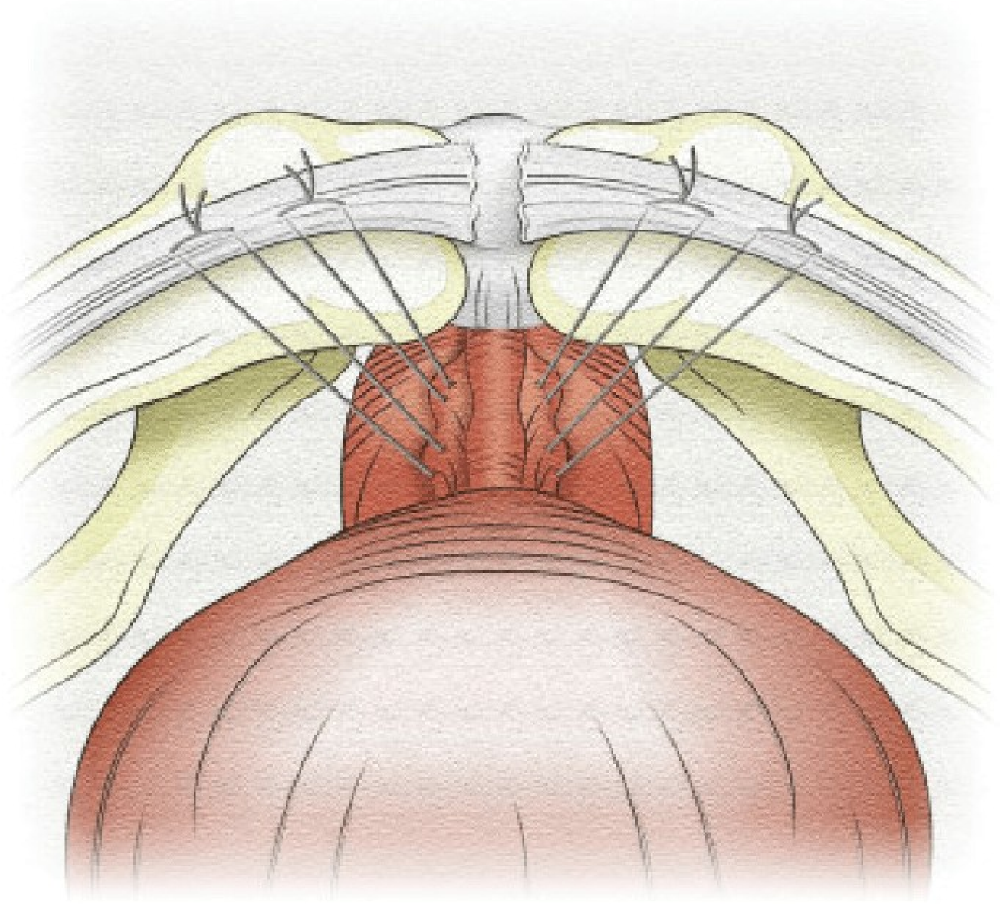
La disminución de estrógenos circulantes en la menopausia origina atrofia del epitelio vaginal, uretral y vesical, así como disminución del tono de la musculatura perineal, lo que podría favorecer la aparición de hiperactividad vesical e incontinencia de esfuerzo.

El papel de los estrógenos en el tratamiento de la IU de esfuerzo es muy controvertido y existen pocos ensayos clínicos aleatorizados y controlados que confirmen su beneficio.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

La cirugía es el tratamiento de elección para la IU de esfuerzo grave o para aquella que no ha respondido al tratamiento conservador.

El propósito de las técnicas quirúrgicas es colocar el cuello vesical y la uretra proximal en una posición intraabdominal y lograr una compresión adecuada de la unidad esfinteriana.



Las técnicas más utilizadas son la colposuspensión de Burch o la técnica de Marshall-Marchetti - Krantz, con unas tasas de curación del 90%.

Ante lesión del mecanismo esfinteriano, los mejores resultados se obtienen con técnicas de cabestrillo o *slings* (se han comunicado tasas de curación del 95% a corto plazo con la cinta vaginal libre de tensión, aunque no existen resultados a largo plazo).

Vive como si fueses a morir mañana. Aprende como si fueses a vivir para siempre.
Mahatma Gandhi.